

Service du Docteur Chirié (Maternité de l'Hôtel-Dieu)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N° 608

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Henri-Louis MORIN

Né le 16 mars 1905, au Kremlin-Bicêtre (Seine)

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Une Consultation de Dépistage
de la Syphilis
dans une Maternité

Président : M. COUVELAIRE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

Service du Docteur Chirié (Maternité de l'Hôtel-Dieu)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Henri-Louis MORIN

Né le 16 mars 1905, au Kremlin-Bicêtre (Seine)

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Une Consultation de Dépistage
de la Syphilis
dans une Maternité

Président : M. COUVELAIRE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	GRÉGOIRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ICHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	N...
	N...
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 N. Physiologie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROCCQ Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER Pathologie expérimentale.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATFLLIER ... Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAITRE Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 N..... Histologie.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.
 TROISIER..... Pathologie expérimentale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
FIESSINGER ..	Clinique médicale.
LAIGNEL-LEVASTINE.	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.

MM.	
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	
LEDOUX-LEBARD	
WEIL-HALLÉ.....	
	Stomatologie.
	Éducation physique.
	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

et

AU DOCTEUR LÉON MORIN, MON PÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Officier de la Légion d'honneur
Professeur de clinique obstétricale
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la présidence
de notre thèse.*

AU DOCTEUR J. L. CHIRIÉ

Accoucheur de la Maternité de l'Hôtel-Dieu

Avec l'expression de mes sentiments respectueux et reconnaissants pour la bienveillance qu'il nous a témoigné en toutes circonstances.

AU DOCTEUR P. LEFÈVRE

Assistant de la consultation de syphiligraphie
de la Maternité de l'Hôtel-Dieu

*Qui nous a aidé de ses conseils.
Témoignage reconnaissant.*

À MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Monsieur le Professeur SERGENT

Monsieur le Professeur GOSSET

Monsieur le Docteur CHEVRIER

Monsieur le Docteur PISSAVY (*in memoriam*)

Monsieur le Docteur BENARD

Monsieur le Docteur TOURAINÉ

Monsieur le Docteur CHIRIÉ

Monsieur le Professeur VILLARET

Messieurs les Docteurs BERTHOUMEAU et LÉVY

Médecins-chefs de l'Asile National des convalescents
des Hôpitaux de Paris

Une Consultation de Dépistage de la Syphilis dans une Maternité

INTRODUCTION

Des consultations de dépistage de la syphilis fonctionnent actuellement dans presque toutes les maternités, et l'on sait l'importance de la coopération très étroite qui doit exister entre les différents services de la maternité (consultation des femmes enceintes, service des accouchées, consultation des nourrissons) d'une part, et le syphiligraphe spécialiste, d'autre part.

Depuis deux ans et demi seulement une consultation de ce genre fonctionne à la maternité de l'Hôtel-Dieu. A cette consultation viennent se faire traiter les femmes reconnues syphilitiques qui ont accouché dans le service, ainsi que leurs enfants. Mais son but principal est de découvrir une syphilis méconnue chez des femmes qui jusque-là n'avaient rien présenté qui permette de suspecter une syphilis. Adressées par l'accoucheur, si, soit pendant la grossesse, soit au moment de l'accouchement, l'hypothèse d'une syphilis peut être discutée, elles sont

aussi recrutées à la consultation des nourrissons, par l'assistant de pédiatrie, qui adressera la mère d'un enfant hérédo-syphilitique, en vue d'un examen et d'un traitement, pour prévenir de pareils accidents dans les grossesses ultérieures, indépendamment du traitement réclamé pour l'enfant.

De cette façon, on peut penser que la lutte contre la polylethalité foetale et infantile sera entreprise dans les meilleures conditions, et sur la plus vaste échelle possible parmi la population entière du ressort de la maternité, puisque, dépassant le cadre restreint de la mère et de l'enfant, le spécialiste étendra ses investigations jusqu'au mari, jusqu'aux autres enfants, jusqu'aux ascendants.

Malheureusement, il est des malades qui, volontairement, par fausse honte, ou par négligence, une fois sorties de la maternité, ne reviennent pas à l'hôpital pour se faire traiter, ou examiner, en l'absence d'accident actuel. C'est ici que le rôle des infirmières visiteuses apparaît dans toute son importance et il serait désirable qu'une assistante sociale soit spécialement attachée à chaque consultation. En allant revoir les malades chez elles, et en les persuadant que leur intérêt est de retourner à l'hôpital et à la consultation, en leur montrant que leur devoir est de continuer leur traitement, ces malades éviteront peut être que l'évolution et les conséquences fatales de leur syphilis, ne les amènent, ainsi que les enfants qu'elles pourraient avoir, à quelque nouvel accident.

Après avoir décrit les moyens de dépistage de l'accoucheur, qui lui permettent d'aiguiller vers le syphiligraphe la femme qui lui semble suspecte de syphilis, nous exposerons la méthode de dépistage du médecin, qui tâchera, dans la mesure du possible, d'acquérir une certitude dans un sens ou dans l'autre, en mettant en œuvre tous les moyens dont il dispose. Enfin, nous donnerons les résultats obtenus à la maternité de l'Hôtel-Dieu. D'abord le nombre de femmes envoyées à la consultation, les raisons qui ont motivé l'examen de ces femmes, puis les malades inscrites et traitées. Nous illustrerons ces faits par quelques observations, toutes recueillies à la maternité de l'Hôtel-Dieu. Ensuite, nous essayerons de voir les résultats sur le produit de conception, des quelques femmes qui ont accouché à la suite d'un traitement suivi régulièrement. Pour pouvoir juger du résultat d'ensemble, et apprécier sur des chiffres précis le bénéfice réel du dépistage de la syphilis, nous avons comparé le nombre des différents accidents imputés à la syphilis, depuis que cette consultation annexée à la maternité existe, et avant, en nous basant sur le même laps de temps et se rapportant à la même population. Nous verrons d'ailleurs que, malgré une amélioration appréciable, les résultats ne sont pas encore ceux que l'on est en droit d'attendre, et cela uniquement parce que 30 mois ne sont pas suffisants pour retrouver à la maternité des femmes déjà vues, ayant eu des accidents de grossesse probablement syphilitiques, et

ayant été mises au traitement. Les quelques femmes répondant à ces conditions, sont en trop petit nombre encore pour influencer nettement notre étude. Il est certain que dès maintenant on sentira mieux l'influence des nombreux traitements anti-syphiliques qui ont été faits, sur les grossesses futures, et que la comparaison des chiffres des années à venir, avec ceux des années antérieures, même récentes, sera plus significative à ce sujet.

LE DÉPISTAGE DE L'ACCOUCHEUR

Ce sera d'abord au cours de la grossesse, qu'un certain nombre de faits, que nous allons passer en revue retiendront l'attention de l'accoucheur. Malheureusement, trop de femmes ne viennent consulter qu'à une époque avancée de leur grossesse, sinon à terme, et ce n'est qu'au moment de l'accouchement que l'accoucheur peut découvrir une syphilis jusque-là inconnue. Nous verrons que les renseignements les plus importants sont fournis lors de l'accouchement, mais la femme perd de ce fait le bénéfice d'un traitement.

1. — CHEZ UNE FEMME ENCEINTE.

Au cours de l'examen d'une femme enceinte, les renseignements fournis, les uns par l'examen obstétrical, les autres par l'interrogatoire, contribueront au dépistage de la syphilis.

a) *De l'examen obstétrical*, retenons surtout l'hydramnios qui est le plus couramment observé. Dans

les traités d'obstétrique on distingue l'hydramnios aigu, qui apparaît vers le 4^e ou le 5^e mois, détermine un utérus volumineux qui atteint de grandes hauteurs et amène souvent l'avortement, de l'hydramnios chronique constaté surtout après le 6^e mois, et qui donne simplement un développement utérin non en rapport avec l'âge de la grossesse. La constatation, soit d'un gros utérus, soit d'une grossesse gémellaire, sera également un signe de présomption.

b) Bien plus importants sont les renseignements tirés de l'*interrogatoire de la femme*. Portant d'abord sur les antécédents obstétricaux de la femme, l'interrogatoire révélera le nombre et l'âge des interruptions spontanées de grossesse, qui est le fait important à faire préciser le plus exactement possible. En effet la répétition des avortements est le plus caractéristique de tous les signes, surtout si l'âge des avortements va en croissant restant entre le 4^e et le 7^e mois. L'accoucheur s'efforcera toujours de savoir l'état du fœtus expulsé, vivant, mort et surtout mort et macéré. Excepté le cas où l'on a affaire à une femme déjà connue, il est difficile, dans ces cas d'avortements de connaître le poids et du fœtus et du placenta, et l'accoucheur doit souvent s'en passer. L'interrogatoire portera ensuite sur les grossesses menées à terme, et là, il sera plus facile de connaître le poids de l'enfant et du placenta, et de suspecter tout rapport fœto-placen-

taire supérieur à 1/7, voire même tout gros enfant. Pour terminer on recherchera si la femme a perdu des enfants en bas-âge, enfants morts en état de dénutrition dans les premiers jours de la vie, malgré une hygiène suffisante, nourris au sein par exemple.

Ainsi, tant par l'examen objectif de la femme enceinte que par l'étude de ses antécédents, l'accoucheur a pu déjà établir un faisceau de présomptions avant que la femme n'accouche.

2. — AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT.

C'est au cours de l'accouchement, une fois que l'on peut examiner le nouveau-né et les annexes, que l'accoucheur recueillera les renseignements les plus précieux. On peut même dire que ce n'est qu'à ce moment-là que l'accoucheur aura dans certains cas presque une certitude, alors que pendant la grossesse il n'avait eu que des présomptions.

Le gros œuf, ou toutes ses parties constituan-tes, fœtus, placenta et liquide amniotique, dépassant la moyenne, avait déjà pu être diagnostiqué pendant la grossesse, l'utérus présentant un développement disproportionné avec l'âge. L'accouchement est souvent rendu dystocique par la grande taille de l'enfant. Son poids dépasse 4.000-4.500 pour atteindre parfois 6.000, et celui du placenta varie de 700 à 1.500 (Rudaux et Montlaur).

La grossesse gémellaire univitelline, accompagnée

souvent d'hydramnios (cela, nous l'avons vu, amène l'avortement) qui donne naissance à deux enfants de même sexe, de poids inégal et de pronostic vital très différent, avec un placenta unique.

Le placenta doit retenir toute notre attention, car, alors que rien dans la marche de la grossesse et de l'accouchement et même à l'examen de l'enfant n'avait éveillé de soupçons, ce pourra être uniquement les caractères constatés au niveau du placenta qui mettront sur la voie du diagnostic et l'affirmeront. Sa consistance : la masse placentaire est plus épaisse et plus friable, sa face utérine est plus pâle et semble œdématiée ; à la section, il s'écoule un liquide rosé. Son poids : d'une façon générale il est plus élevé que la normale, 500 gr. pour un enfant moyen, et de ce fait le rapport fœto-placentaire passe de $1/6$ à $1/5$ ou $1/4$. En réalité, parmi les femmes ayant présenté une réaction de B.-W. positive, la moitié seulement a montré un rapport fœto-placentaire supérieur à $1/6$, ce qui a motivé, comme nous le verrons plus loin, un examen sérologique à toutes les accouchées. La disproportion est plus accusée encore si l'enfant est né avant terme, et le rapport croît jusqu'à $1/3$ parfois. Pour ce qui est de ces prématurés, c'est dans 86 % des cas que le rapport fœto-placentaire a été supérieur à la normale, parmi les femmes ayant une réaction de B.-W. positive. On voit que dans ces cas cette disproportion prend une grande valeur. Mais lorsque le placenta porte un certain nombre d'infarctus

blancs et que le fœtus ne s'est pas développé, vivant ou mort, à sa naissance, on est frappé par sa petite taille et son poids peu élevé. Dans ce cas la disproportion fœto-placentaire ne tient qu'à l'arrêt du développement de l'enfant et non à l'hypertrophie placentaire.

Le nouveau-né doit toujours être examiné sérieusement, mais avec d'autant plus de soins que l'on avait soupçonné une syphilis possible lors de la grossesse par exemple, ou surtout par le poids du placenta. Des lésions très apparentes peuvent frapper tout d'abord l'accoucheur : développement anormal de l'abdomen causé par l'ascite, lésions cutanées importantes telles que pemphigus palmaire ou plantaire, malformations très apparentes comme un spina bifida, bec de lièvre, pieds bots congénitaux. Par un examen plus approfondi on recherchera l'état du foie et de la rate, augmentés de volume, débordant les rebords costaux ; enfin on retiendra toute anomalie légère ou de vraies monstruosités : hydrocéphalie, anencéphalie, doigts supplémentaires, déformations thoraciques, etc...

De tous ces signes qui doivent retenir l'attention du médecin-accoucheur, deux, sont les plus importants, par leur valeur et par leur facilité. Ce sont les fausses-couches antérieures et le rapport fœto-placentaire élevé. L'un et l'autre impliquent déjà une grande présomption, mais acquièrent une quasi-certitude s'ils groupent avec eux plusieurs

des autres signes, moins importants, que nous avons décrits, et dont toute l'importance apparaît ainsi : aucun n'a de valeur absolue par lui-même, ce n'est que par l'ensemble qu'ils acquièrent une signification.

II

LE DÉPISTAGE DU MÉDECIN

Jusqu'à maintenant nous avons passé rapidement en revue toute une série de symptômes, à point de départ purement obstétrical qui orientent l'accoucheur vers une syphilis probable, ou même qui l'affirment.

Nous allons maintenant exposer comment le médecin achèvera le dépistage de la syphilis. C'est à lui qu'appartiendra de confirmer le diagnostic, de déterminer si l'on a affaire à une syphilis récente ou ancienne, connue ou ignorée, héréditaire ou acquise. Presque toujours, ou du moins chaque fois que cela sera possible, il devra examiner également le mari ; en effet, ou bien la femme a été reconnue syphilitique et dans ce cas il est normal de soupçonner également la syphilis chez le conjoint, ou bien la mère apparaît saine, et c'est l'enfant qui est suspect, puisqu'il a été adressé au médecin, et il est naturel de vouloir examiner le père. Enfin c'est au syphiliographe qu'il appartiendra d'instituer le traitement des parents et de l'enfant.

Nous ne reviendrons pas sur les antécédents obstétricaux, sur les renseignements que peut fournir l'évolution de la grossesse, sur ce que l'on a pu remarquer d'anormal au moment de l'accouchement, tout cela ayant été exposé au chapitre précédent. Mais le médecin trouvera dans ces divers examens de précieux signes et bien qu'en général ils aient été communiqués par l'accoucheur, il s'efforcera toujours de les préciser le mieux possible.

1. — RECHERCHE DES SIGNES DE SYPHILIS EN ÉVOLUTION.

Un très petit nombre rentreront dans la catégorie S¹ ou S². A peine quelques-unes présenteront-elles un reliquat cutané ou muqueux (syphilis pigmentaire); la plupart viendront avec des téguments et muqueuses absolument indemnes et seul un très léger signe nerveux, céphalée ou troubles oculaires et des réflexes, rappelleront une syphilis acquise.

Il est très rare de voir une femme à la période primaire, vue l'indolence du chancre. Parfois, à l'occasion d'un examen gynécologique, il sera possible de découvrir une lésion externe ou un chancre du col. Au cours de la grossesse, l'accident primaire est très saillant, plus induré, de couleur plus violacée, et aurait une plus grande tendance à l'extension. L'adénopathie présente ses caractères habituels.

Pour ce qui est de la période secondaire, la multiplicité et l'évidence des lésions auront pu attirer

d'avantage l'attention des malades. On examinera téguments et muqueuses : thorax, dos, lombes, membres, et chez la femme enceinte ou qui vient d'accoucher, surtout les muqueuses génitales, les plaques muqueuses prenant souvent un caractère ulcéreux dans ce cas. L'adénopathie est une des manifestations qui survit le plus fréquemment à une S² non traitée ou insuffisamment traitée. En plus de l'adénopathie locale qui accompagne le chancre, et qui peut persister très longtemps, on recherchera les ganglions cervicaux postérieurs et antérieurs, et épitrocléens. On doit attacher une grande importance aux ganglions épitrocléens, étant donnée leur grande fréquence et leur longue persistance. De même si l'on trouve sur la peau de certaines régions des macules pigmentaires, dont le siège de prédilection est le cou, « collier de Vénus » on a là un renseignement très intéressant, car ces syphilides pigmentaires persistent très longtemps, malgré le traitement.

2. — RECHERCHE DES SIGNES DE SYPHILIS ANCIENNE SÉROLOGIE

Dans certains cas, où il s'est produit des accidents de grossesse qui ont alerté l'accoucheur, on ne trouve aucune trace de syphilis apparente. L'examen, purement négatif, ne révèle aucun reliquat cutané, muqueux ou ganglionnaire ; les réflexes sont normaux. Dans ces cas, qui sont les plus nom-

breux, un interrogatoire serré et minutieux nous apprendra peut-être que la femme a présenté, il y a plus ou moins longtemps, des signes qui peuvent être indubitablement attribués à la syphilis, soit par leurs caractères propres, soit par leur coexistence : éruptions, céphalée, alopecie. Parfois même on devinera que la femme a subi un traitement anti-syphilitique : la technique des injections et les caractères du sel injecté pourront nous en assurer.

D'autres fois l'interrogatoire comme l'examen n'a absolument rien appris au sujet d'une contamination possible dans la jeunesse, soit que la syphilis soit ignorée de la femme, soit qu'elle ne la déclare pas, soit encore que la syphilis du mari n'ait pas été avouée. Avant de passer à la recherche des signes de syphilis héréditaire, avant d'examiner le conjoint, voyons l'aide que nous apporte la sérologie. D'office, à toute malade adressée par l'accoucheur à la consultation, on fait une « prise de sang », et même maintenant à toute accouchée, à moins qu'elle ne s'y oppose, on fait une réaction de B.-W. Comment le médecin doit-il interpréter ses résultats ?

De très nombreux travaux ont été faits sur la valeur des réactions sérologiques aux différentes périodes de la syphilis. Pour ce qui nous intéresse, retenons seulement ces chiffres. Dans les syphilis anciennes, les réactions sont positives dans 65 % des cas environ, et dans l'hérédo-syphilis tardive, dans 15 à 20 % des cas, d'après Janselme et Sézary. Donc, négative, la réaction de B.-W. ne fera pas

rejeter le diagnostic de syphilis, pas plus que l'absence d'un seul symptôme, mais positive, elle acquiert une valeur absolue. Aussi, sur la foi de ce seul signe, après s'être entouré de toutes les garanties nécessaires (sûreté du laboratoire, plusieurs examens concordants, mise en œuvre de plusieurs méthodes), malgré une absence complète de signes cliniques, le syphiligraphe considérera la femme comme syphilitique et instituera un traitement, bien entendu en suivant l'évolution des réactions, et d'après l'importance des accidents obstétricaux qu'elle a présentés.

Dans quelques cas, le médecin aura intérêt, après avoir trouvé chez une malade une réaction négative, à refaire un examen après réactivation, selon la méthode de Millian (0,30 puis 0,45 de novar. Nouveau B.-W. dix jours après). Enfin, mentionnons la réaction de B.-W. dans le liquide céphalo-rachidien, qui donnera parfois des résultats positifs alors que dans le sang elle aura été négative, mais ce sera là une pratique rare. En effet, on n'exposera la femme enceinte ou récemment accouchée aux légers incidents de la ponction lombaire (maux de tête, vomissements) que lorsque l'on sera certain d'en tirer des renseignements indispensables.

3. — RECHERCHE DES SIGNES DE SYPHILIS HÉRÉDITAIRE.

Souvent aucune histoire de syphilis acquise n'a pu être démontrée, et jusqu'à ce que des accidents obstétricaux soient venus attirer l'attention, rien de pathologique n'avait été remarqué chez la femme, par les médecins et par elle-même. On sait l'influence très importante de l'hérédo-syphilis sur le produit de conception, aussi est-ce avec le plus grand soin qu'on la recherchera. Nous avons vu au chapitre de la sérologie ce que le laboratoire peut nous apporter, pour nous aider au dépistage de l'hérédo-syphilis.

L'examen superficiel de la femme montrera parfois des signes presque évidents, ensemble de signes de probabilité importante, par exemple des lésions oculaires datant de l'enfance (strabisme) ou bien une surdité précoce, ou bien des malformations évidentes comme un bec de lièvre. Un examen un peu plus approfondi révélera par exemple une perforation du voile, un palais ogival ou des malformations dentaires typiques. Sans entrer dans le détail des diverses malformations dentaires décrites surtout par Hutchinson, insistons surtout sur la dent d'Hutchinson type, dont Fournier a dit qu'elle était « une présomption formelle » peut-être même un signe d'hérédo-syphilis. Signalons aussi des lésions oculaires profondes appréciables seulement par l'ophtalmologiste. Par ordre de fréquence, citons

la kératite, l'iritis, et des lésions du fond de l'œil, rares. L'examen du squelette est important, parce que facile et très probant. Les lésions du crâne (front olympien ou front à bosselures latérales) et les lésions nasales (nez en selle ou en lorgnette) en sont les plus importantes. On recherchera l'absence d'appendice xyphoïde, et les troubles de la marche liés à des déformations osseuses ou articulaires, même au rachitisme. Enfin on terminera l'examen en recherchant les cardiopathies datant de l'enfance. On sera ici très prudent et on respectera toujours un rhumatisme articulaire aigu possible.

L'interrogatoire sera très important et révélera des syphilis héréditaires alors que l'examen clinique aura été complètement négatif. Souvent le diagnostic de syphilis héréditaire reposera uniquement sur les antécédents familiaux de la malade elle-même et de ses collatéraux. Nous ne parlerons pas des cas simples où l'interrogatoire fera découvrir une syphilis connue et avouée des parents ou des grands-parents, des frères ou des sœurs, mais nous voulons insister sur les conclusions que l'on peut tirer de l'existence dans la famille d'affections cardiaques ou nerveuses par exemple, et qui sont très fréquentes chez les syphilitiques. C'est pourquoi l'on fera préciser de quelle maladie sont morts le père et la mère de la malade. On retiendra, surtout si l'on apprend que ses parents sont morts avant 50 ans, tout ce qui sera hémorragie cérébrale, hémiplégie, paralysie, cardiopathie. On recherchera avec soin

les signes de P. G. et de toute démence. Il est assez difficile de faire préciser les fausses-couches chez les ascendants ; on s'efforcera au moins de savoir s'il y a eu des enfants morts en bas âge.

Insistons quelque peu sur le double intérêt pour le médecin de faire remonter son enquête familiale jusqu'aux grands-parents ou arrières grands-parents. D'abord parce que l'hérédité syphilitique de seconde ou troisième génération, pendant longtemps latente, semble souvent ne se réveiller qu'à l'occasion d'une grossesse sur laquelle elle va agir, en l'entravant ou en modifiant le produit de conception. Ensuite parce que, en pratique, le fait d'incriminer des parents toujours disparus, facilite bien les choses et permet de commencer un traitement.

On complètera son enquête familiale par l'examen si possible des collatéraux directs, c'est-à-dire frères ou sœurs vivants. Examen toujours dirigé dans le même but. Recherche des stigmates d'hérédo-syphilis, ou d'affections d'origine syphilitique. Notons qu'on s'inquiètera de la possibilité, chez des collatéraux directs, de procréateurs différents. Enfin la persistance durant plusieurs générations, de tares, malformations, toujours les mêmes, prédispositions à telles ou telles affections devra toujours éveiller l'attention.

4. — EXAMEN DES AUTRES ENFANTS.

Fréquemment ils auront été envoyés par le pédiâtre pour des troubles apparus tardivement chez un enfant né en apparence sain, et parfois la seule anomalie constatée chez eux sera une absence de développement normal, bien que le nourrisson ne présente aucun trouble digestif caractérisé.

Le médecin recherchera des signes de syphilis en évolution, tels que syphilides péri-orificielles, des accidents types d'hérédo-syphilis précoce, tels que coryza, hématoméses ou moeléna; il examinera l'enfant pour trouver déjà la trace de ces dystrophies osseuses qui le marqueront toute sa vie et que nous venons de voir au chapitre précédent, (front bombé, olympien, les bosses frontales formant deux saillies anormalement proéminentes, ou bien front en carène). Tout le système osseux est touché par ce rachitisme précoce, et on a signalé des paralysies très particulières la « pseudo paralysie de Parrot », que Parrot décrit lui-même comme « une inertie des membres, partielle ou généralisée, incomplète ou absolue, comparable à celle que produisent les fractures, les luxations, le rhumatisme ».

Chez un enfant plus âgé, le médecin se rendra rapidement compte du degré de développement moral et intellectuel (instabilité du caractère), interrogera les parents sur le goût de l'enfant au travail. Les convulsions que rien n'explique, convulsions

dites « essentielles », seraient tenues pour très suspectes, mais on sera ici très prudent. On pourra attacher plus d'importance aux crises d'épilepsie, et à certaines chorées frustes, à l'incontinence d'urine.

Répétons, là encore, que ces différents syndromes peuvent faire envisager la syphilis comme possible, mais que aucun de ces signes isolés n'affirme la syphilis. Ce n'est que la coïncidence de plusieurs de ces signes qui prend une grande valeur et presque une certitude. Notons, pour terminer, la possibilité d'avoir à examiner des enfants qui sont d'un autre procréateur. On s'en inquiètera toujours, et l'on recherchera quand même avec autant d'intérêt des stigmates d'hérédo-syphilis chez ces enfants, car le fait qu'ils soient d'un autre procréateur n'enlève que peu de valeur aux conclusions à tirer, si l'on n'admet pas la contamination de l'enfant d'origine exclusivement paternelle.

5. — EXAMEN DU MARI.

Après la véritable enquête familiale portant sur les ascendants et les collatéraux de la femme (recherche de la syphilis héréditaire), on doit compléter ses examens en recherchant chez le conjoint également la possibilité d'une syphilis acquise ou héréditaire. Comme pour la femme, on recherchera s'il ne s'agit pas d'un syphilitique récent, et on examinera attentivement la peau et les muqueuses comme

nous l'avons décrit précédemment. Là encore, souvent on ne trouvera rien, et avant de procéder à un examen complet, le médecin devra-t-il interroger le malade pour savoir si celui-ci a eu la syphilis, si oui, quel est l'âge de cette syphilis, et à quelle époque elle remonte par rapport à la conception. Quelle a été la régularité du traitement, son intensité, sa durée ; de quand datent ses dernières manifestations ? Dans ce cas le plus simple, où le mari avoue avoir eu la syphilis, le plus important sera de bien connaître l'âge de cette syphilis, car il est évident que plus la syphilis sera ancienne, et aura été bien traitée, moins nombreuses seront les chances de contagion pour la femme, et de transmission par hérédité.

Quand ni l'interrogatoire ni l'examen n'ont révélé de passé syphilitique, on recherchera une syphilis ancienne ignorée ou une syphilis héréditaire, comme nous l'avons décrit pour la femme, en s'aidant de la sérologie. Et si le B.-W. est négatif, l'examen n'ayant révélé aucun signe de syphilis, que penser ? Le mari a-t-il été contaminé il y a longtemps, traité et guéri, ou bien s'agit-il de syphilis héréditaire ? Là aussi l'examen des ascendants et collatéraux pourrait parfois être utile, mais on comprendra combien cela est difficile sinon impossible.

6. — CE QUE LE MÉDECIN DOIT CONCLURE DE CES DIVERS
EXAMENS.

Nous voilà arrivé à la fin des différents examens et enquêtes auxquels le médecin s'est livré pour affirmer si la syphilis est en cause chez les femmes qui lui ont été adressées par l'accoucheur. Les conséquences de sa décision seront très importantes, puisque en découlera la mise au traitement ou non. Chaque fois que de l'examen direct de la femme, du mari, des enfants ou des ascendants une certitude ou même une très forte présomption de syphilis permettra l'institution d'un traitement étendu, suivant les cas, aux divers membres de la famille, la tâche du médecin sera relativement aisée.

Il nous reste à voir les cas les plus intéressants, de par leur fréquence et aussi de par la difficulté qu'il y a à établir un diagnostic étiologique, dont nous venons de voir les conséquences très importantes. Ce sont les cas des femmes ayant présenté des accidents de grossesse, mais n'ayant aucun signe de syphilis acquise ou héréditaire, et chez qui les réactions sérologiques sont négatives. Nous ne cacherons pas, que s'il est évidemment coupable de faire perdre à ces femmes et à ces enfants le bénéfice d'un traitement dont les résultats sont remarquables, il est pour le moins inutile de faire supporter les inconvénients du diagnostic de syphilis à des malades non syphilitiques. Donc,

devant des accidents de grossesse, quelle conduite prendre ?

L'examen mené comme nous l'avons décrit, aucun élément de diagnostic n'a été négligé. Voyons quelles sont les causes d'erreur à éviter dans l'interprétation des accidents de grossesse. En dehors de l'avortement dû à la spécificité, il faudra penser, pour les éliminer, aux avortements dus à des malformations utérines. C'est là une cause d'erreur très rare, encore que les utérus mal formés s'adaptent peu à peu à la gravidité et que les interruptions de grossesses se groupent à la manière des fausses couches dues à la syphilis.

Toutes les maladies générales, diabète, infections aiguës, intoxications, peuvent amener l'avortement. Une attention toute particulière doit être accordée à la néphrite, aiguë ou chronique. A ce sujet MM. Jeanselme et Lefèvre ont rapporté deux observations très intéressantes.

1^o Une femme chez qui on a remarqué la succession de 7 accouchements prématurés, qui n'était pas syphilitique, mais qui était atteinte de néphrite chronique avec albuminurie et hypertension ;

2^o Une femme qui avait eu 11 enfants, dont 7 morts : 3 mort-nés, (travail pénible, circulaire du cordon) et 4 morts en bas âge d'affections banales. On ne pouvait suspecter la syphilis, mais l'aurait-on fait, qu'on en aurait été empêché par ce fait qu'elle s'est

présentée, lors de sa dernière grossesse en pleine période secondaire remontant à 6 mois.

Il est peu de cas nets et indéniables d'avortements traumatiques, mais on sera beaucoup plus circonspect quant à la possibilité d'avortements provoqués. Question délicate, souvent difficile à savoir, où le médecin doit faire valoir ses qualités de psychologue. Si, par exemple, l'âge des fausses couches diminue, ou bien si après plusieurs grossesses menées normalement à terme, brusquement on note un avortement, suivi de grossesses encore normales, on soupçonnera davantage un avortement provoqué. Comme nous l'avons déjà dit, on attachera une grande importance, en présence de ces interruptions de grossesses, à faire préciser l'état du fœtus, mort ou macéré, et on parviendra à une présomption qui équivaudra à une certitude. Si le produit de gestation présente des signes de syphilis, alors que la mère apparaît saine, les lésions du fœtus ou de l'enfant, (par exemple hérédosyphilis manifeste) feront la preuve de l'infection syphilitique de la mère en l'absence de lésions chez elle.

Après s'être entouré des dernières garanties que nous venons d'exposer, quelle conduite adopter ? A-t-on acquis une quasi certitude, et si la femme est enceinte, il faut la mettre au traitement immédiatement. Si la femme vient d'avoir une interruption de grossesse que l'on croit devoir attribuer à la syphilis, il faudra également instituer un traitement ; celui-ci sera d'autant plus actif que la femme

désirera avoir des enfants. Quant aux enfants, ils seront traités s'ils présentent des stigmates de syphilis et s'ils n'en présentent pas, quand la mère a eu des manifestations de syphilis très nettes, au cours de sa grossesse ou auparavant.

III

RÉSULTATS. OBSERVATIONS

Pendant les années 1930, 1931 et les six premiers mois de 1932 sont passées à la salle de travail 4.110 femmes. Pendant cette même période 940 femmes ont été adressées à la consultation de dépistage, soit 22 %.

Sur ces 940 malades, 179 ont été suspectées de syphilis, soit par leurs antécédents, soit par une anomalie constatée au cours de leur grossesse, et quelques-unes ont été reconnues pour des signes évidents de syphilis en évolution. Les autres, c'est-à-dire les 4/5, n'ont été envoyées au syphiligraphe qu'à la suite de leur accouchement. Chez ces 761 femmes, les accidents de grossesse se répartissent ainsi :

394 nés avant terme,	soit 8 %	des accouchements totaux
164 avortements,	soit 3 1/2 %	—
76 hypertrophie placentaires,	soit 2 %	—
73 morts nés,	soit 2 %	—
54 macérés,	soit 1 %	—

Nous tenons à noter que en dehors de ces

76 cas, le rapport foeto-placentaire s'est montré souvent plus élevé que la normale, mais parallèlement à d'autres accidents de grossesse que nous avons indiqués.

Chacune de ces 940 malades a eu un examen sérologique (B.-W.). Les réactions positives obtenues, soit 15 %, se répartissent ainsi :

- 35 parmi les femmes ayant présenté des antécédents obstétricaux suspects, soit 20 %.
- 52 parmi les femmes ayant présenté des accouchements avant terme, soit 13 %.
- 15 parmi les femmes ayant présenté des avortements, soit 10 %.
- 5 parmi les femmes ayant présenté une hypertrophie placentaire seule, soit 8 %.
- 12 parmi les femmes ayant présenté des morts-nés, soit 15 %.
- 22 parmi les femmes ayant présenté des macérés, soit 42 %

Nous avons vu dans les précédents chapitres la valeur que l'on pouvait attribuer à chacun des accidents de grossesse pour le diagnostic de syphilis chez la mère. Or ce sont les macérés et les antécédents obstétricaux qui nous donnent le plus fort pourcentage de réactions positives. Les avortements nous donnent un pourcentage bien plus faible, et cela vient à l'appui de ce que nous avons dit : la syphilis ne doit pas seule être incriminée pour expliquer l'avortement, et en dehors des causes locales ou générales, c'est surtout à l'avortement provoqué qu'il faut penser aussi. Ces différents pourcentages viennent donc confirmer les faits cliniques. D'après

les statistiques publiées dans la thèse de S. Rekis (Paris, 1930) on l'obtient également pour chaque groupe d'accidents, un pourcentage de réactions très variable.

Quant au chiffre global de 15 % de réactions positives parmi les 940 femmes dont l'histoire pathologique a éveillé un soupçon de syphilis, il est très normal. A part quelques rares cas de syphilis secondaire (où le B.-W. est dans 98 % des cas positif), la majorité des malades sont des syphilitiques ou des hérédo-syphilitiques. D'après les statistiques de Jeanselme, on ne compte dans le premier cas que 60 % environ de réactions positives, et 20 à 25 % dans le second cas. Si l'on considère le très grand nombre de syphilis latente, dont l'accident obstétrical est la seule révélation, et les femmes chez qui une autre cause que la syphilis explique les accidents, on comprend très bien ce chiffre de 15 %, qui n'est déjà pas négligeable.

220 femmes sont actuellement inscrites, et doivent venir régulièrement à la consultation. Ce chiffre qui représente près du 1/4 des malades examinées par le syphiligraphe, est en réalité inférieur à celui des femmes reconnues justiciables d'un traitement si l'on tient compte des malades qui déclarent avoir été traitées ailleurs pour des convenances personnelles. Le nombre exact de ces malades est impossible à connaître, mais nous pouvons le fixer à environ 25 ou 30, ce qui porte le nombre des femmes en traitement à 250. Donc, au moins 25 % des femmes

adressées par l'accoucheur au syphiligraphe ont été reconnues syphilitiques ou considérées comme telles, dont la moitié uniquement par l'histoire du passé obstétrical qui a fait découvrir une syphilis méconnue. L'autre moitié des femmes était atteinte de syphilis avérée, ancienne ou récente, en tout cas connue. Les autres malades, non mises au traitement, avaient été adressées à la consultation en vue d'une « prise de sang », et toutes ont eu un B.-W. négatif. Ne présentant aucun signe clinique de syphilis, les accidents obstétricaux légers qui avaient attiré l'attention n'ont pas été suffisants pour décider à entreprendre un traitement.

Nous allons relater quelques-unes des observations de ces femmes, prises parmi les plus caractéristiques.

1. — *Femmes enceintes se présentant
en période secondaire.*

Dans les deux premières de ces trois observations, un traitement très court a pu être institué pendant le dernier mois de la grossesse, et on a obtenu, dans le premier cas, un enfant vivant. Pour la troisième, la syphilis n'a été reconnue qu'au moment de l'accouchement d'un macéré.

8. — Mme B...

Vient consulter en février 1930, alors qu'elle est enceinte de 8 mois. A l'examen, syphilides en nappe du visage,

syphilides croûteuses narinaires, ganglions cervicaux.
B.-W. +++.

A reçu pendant le dernier mois de sa grossesse 3 gr. 15 de novar et 17 cybg.

En mars, accouchement normal. Rapport fœto-placentaire normal.

Enfant mis au traitement. Mort de méningite à 9 mois.

En avril 1931, accouchement d'un second enfant. Normal. ni éruption ni ictère. La mère et l'enfant continuent à se faire traiter.

224. — Mme D...

En mai 1932, enceinte de 8 mois. Roséole généralisée, confluente. B.-W. +++.

En juin, accouchement à terme d'un enfant mort depuis deux jours, 2730/450.

2. — Mme P...

En janvier 1930, accouchement d'un enfant paraissant mort depuis au moins 15 jours. Macération peu étendue. Foie gros. Placenta friable et blanchâtre sans aucun infarctus. 1240/360.

A l'examen, syphilides papuleuses très abondantes de la fourchette et du pourtour de l'anus. B.-W. +++ . Comme antécédent, en 1928 une fausse couche de 3 mois, d'un procréateur différent.

Traitée à l'Hôtel-Dieu puis à Saint-Louis.

2. — *Syphilis dépistée à la suite d'un accident obstétrical. Femmes présentant un B.-W. positif.*

72. — Mme B...

En octobre 1930, prématuré de 9 mois, 2700/640, mort à 6 jours.

73. — Mme F...

En décembre 1930, avortement de 5 mois, 460/270. Le B.-W. du mari est négatif.

214. — Mme M...

Avortement de 5 mois, 550/300. Placenta type « chair à saucisse ».

206. — Mme C...

Accouchement d'un macéré de 7 mois, 950/250.

De plus, albuminurie pendant la grossesse et crises d'éclampsie.

39. — Mme R...

En juin 1930, accouchement au terme de 7 mois d'un macéré.

Rétention de 1 mois environ. Fœtus présentant une tumeur dorsale.

56. — Mme N...

Antécédents : Accouchement d'un enfant à 8 mois, mort à 2 mois, une fausse couche de 6 mois.

En septembre 1930, accouche d'un enfant à 8 mois,

2110/500, présentant du pemphigus aux pieds et aux mains, et qui a vécu 8 jours.

Rate et foie perceptibles.

12. — Mme D. .

En février 1930, accouchement d'un enfant mort-né 3800/720.

Rupture prématurée des membranes, pendant la grossesse excès de liquide.

Dans les antécédents, déjà un macéré à 8 mois il y a 5 ans.

Jamais traitée.

99. — Mme S...

En mars 1931, prématuré de 7 mois, 2800/610.

Dans les antécédents, une grossesse et un accouchement normal il y a 3 ans.

L'interrogatoire apprend que la femme a présenté une roséole il y a 18 mois environ, non soignée.

84. — Mme K...

En janvier 1931, a accouché de 2 jumeaux prématurés et du même sexe. Enfant mort, légèrement macéré 1100.

Enfant mort-né 1250. Placenta 560.

Après ce groupe d'observations de femmes chez qui le B.-W. a été positif, voici quelques observations de malades ayant présenté soit une interruption de grossesse, soit un enfant suspect de syphilis, ou tout autre accident prenant la valeur d'un signe

de certitude de syphilis, et ayant motivé également la mise au traitement, avec B.-W. négatif.

3. — *Syphilis suspectée par un accident obstétrical
mais avec B.-W. négatif.*

112. — Mme M...

En mars 1931, accouchement à terme. Rapport fœto-placentaire élevé. Rate perceptible. Enfant mis au traitement.

91. — Mme V...

En février 1931, prématuré de 6 mois, 2150/580, qui a vécu 7 jours.

Dans les antécédents, deux grossesses normales.

160. — Mme L. M...

En février 1931, accouchement de deux jumeaux qui ont vécu 5 jours, 1330/1700/700. Pas de fausse couche avant.

221. — Mme F...

En 1929, grossesse menée à terme. Enfant mort de méningite à 1 an.

En 1930, grossesse menée à terme. Enfant mort à 1 mois.

En 1931, accouchement à 8 mois d'un macéré, 2440/900.

B.-W. négatif. L'examen ne révèle aucune syphilis.

Enfin nous terminerons par une catégorie importante de malades, celles qui ont été mises au traitement en se basant sur leur histoire obstétricale. Tantôt l'interrogatoire a pu faire préciser une

syphilis connue, comme dans l'observation 47. D'autres fois, une réaction positive est venue confirmer la présomption, par exemple dans l'observation 147, où les deux procréateurs ont un B.-W. positif. Souvent, comme nous l'avons laissé entendre, on ne trouve rien à l'examen, l'interrogatoire n'apporte aucun élément nouveau, le B.-W. est négatif, mais la syphilis est certaine néanmoins. Ainsi l'observation 58 nous apparaît très typique à ce sujet, et il serait intéressant de revoir la femme dans un ou deux ans, et de savoir quel sera alors le résultat d'une grossesse à cette époque.

4. — *Syphilis suspectée par les antécédents
obstétricaux.*

79. — Mme D...

Antécédents : deux fausses-couches.

2 enfants nés avant terme.

1 mort-né.

Accouchement à terme en décembre 1930, normal.

B.-W. négatif, la mère n'accuse aucun signe de syphilis

125. — Mme L...

Antécédents : 3 enfants nés à terme, mais morts en bas âge.

Mari mort de congestion cérébrale à 37 ans.

Accouchement normal à terme.

B.-W. négatif.

74. — Mme L. G..

Antécédents : avec un premier procréateur 4 grossesses normales.

Avec un deuxième procréateur 5^e grossesse normale et trois fausses-couches.

B.-W. toujours négatif.

69. — Mme V...

Antécédents : 4 accouchements à terme, mais 3 enfants morts en bas âge. A 2 ans de broncho, à 3 ans de coqueluche, à 4 ans de rougeole.

Entre ces accouchements, 2 fausses-couches.

En décembre 1930, 7^e grossesse menée à terme. Enfant normal.

205. — Mme H...

Antécédents : mai 1929, accouchement à terme d'un mort-né.

Août 1930, enfant à terme bien portant.

Février 1931, accouchement d'un hydrocéphale.

B.-W. a toujours été négatif.

A l'occasion d'une nouvelle grossesse reçoit une série de Muth. et Novar.

A accouché en juin 1932 d'un enfant normal. Aucune éruption, 3540/500.

58. — Mme L.,.

Antécédents : Première grossesse menée à terme. Enfant de 7 ans bien portant.

Puis les 6 grossesses suivantes ont toutes successivement abouti à l'accouchement de 6 macérés, au sixième ou septième mois au dire de la mère.

Le B.-W. a toujours été négatif et aucun traitement n'a été institué.

En octobre 1930, enceinte pour la huitième fois, de 7 mois. Traitée par Muth. et Sulfar. Accouche en novembre d'un macéré 1900/500.

200. — Mme E...

Antécédents : 2 jumeaux de même sexe nés à 7 mois et qui ont vécu 24 heures.

1 enfant mort à 3 mois de cause inconnue.

1 enfant vivant bien portant avec rachitisme à prédominance crânienne.

B.-W. négatif.

157. — Mme L...

Antécédents. — Première grossesse en 1925, accouchement à terme, enfant actuellement bien portant.

Deuxième grossesse en 1927, fausse-couche de 6 mois.

Troisième grossesse en 1928, accouchement prématuré à 7 mois, enfant a vécu 2 ans.

Quatrième grossesse en 1930, enfant né à terme, 3250, actuellement bien portant.

B.-W. négatif.

Accouche en novembre 1931, 3300/550.

24. — Mme B...

Antécédents : une fausse-couche de 6 mois.

1 mort-né à terme.

Le B.-W. est négatif. En juillet 1930 accouchement à terme 3600/1200 avec hydramnios de 4 litres 1/2.

89. — Mme M...

Antécédents : 1 enfant mort de méningite.

1 enfant né à 7 mois, mort peu après.

Accouche en février 1931 d'un mort-né à terme 2750/500, avec spina bifida et hydrocéphalie.

66. — Mme L...

Dans les antécédents, deux fausses-couches à 4 mois, l'autre à 6 mois.

En novembre 1930, accouche d'un macéré de 8 mois, 2510/770. Placenta œdématié, couleur chair à saucisse.

47. — Mme M...

Syphilis connue en 1927, traitée irrégulièrement.

En 1928 un accouchement prématuré, l'enfant meurt à 4 mois.

En juillet 1930 accouche d'un enfant qui paraît normal 2900/560.

147. — Mme B...

Sur 5 grossesses, 4 enfants, nés à terme, morts à 6 mois.

B.-W. positif ainsi que celui du mari.

Nous finirons par 3 observations de femmes hérédo-syphilitiques. Les deux premières relatent en même temps un passé obstétrical assez chargé, l'observation 20 nous montre, chez une femme traitée, un accouchement et un enfant qui semblent normaux.

5.— *Femmes présentant des signes d'hérédosyphilis.*

145. — Mme L...

Dentition type d'hérédosyphilis, incisive molaire supérieure en tournevis avec stries.

Incisive molaire inférieure avec stries.

8 enfants, dont 6 vivants. 2 morts de méningite en bas âge.

A accouché en décembre 1931, 3420/520 après avoir été traitée, d'octobre à son accouchement.

156. — Mme V...

Déjà soignée pour kératite. Strabisme.

Deux fausses-couches de 15 jours en 1930.

En octobre 1931 accouchement à terme, 3500/700. Enfant mort au bout de 3 jours (malformation diaphragmatique).

20. — Mme R...

Vient en avril 1930, enceinte de 5 mois.

Déjà soignée pour kératite interstitielle, a reçu 20 cyhg.

De plus, légère surdité, incisive médiane supérieure droite en dent d'Hutchinson type.

B.-W. positif.

Traitée par Muthanol, accouche en août à terme. 3440/610.

Enfant revu et suivi jusqu'à 22 mois. Bon aspect, rate perceptible.

Avant de citer les chiffres que nous avons trouvés pour apprécier les résultats du traitement de ces femmes sur leur grossesse, voyons très rapidement

les modalités du traitement spécifique appliqué à la femme enceinte et au nourrisson.

Le traitement sera avant tout prudent et énergique, comme nous l'avons dit. Des nombreux travaux publiés sur ce sujet, tous s'accordent pour louer l'efficacité du traitement, s'il est appliqué intégralement, et son inocuité, s'il est conduit convenablement. Malheureusement, trop de femmes ne viennent qu'irrégulièrement à la consultation, cette constatation est surtout vraie pour les mères qui doivent suivre un traitement avec leurs enfants.

A la consultation syphiligraphique de la maternité de l'Hôtel-Dieu le traitement est ainsi institué : novarsénobenzol en injection intra-veineuse et bismuth sous forme de muthanol en injection intramusculaire, sont les médications employées. Pour les syphilis récentes, évolutives, les injections de novar sont pratiquées selon le rythme classique, par séries de 10 injections, à dose croissante, jusqu'à un maximum de 0,60 ou quelquefois 0,75, pour une femme de poids moyen de 50 à 60 kgr. Evidemment ces doses « types » ont varié suivant la tolérance des malades. Après un repos de trois semaines à un mois environ, nouvelle série identique. Plusieurs fois, devant l'impossibilité de pratiquer des injections intra-veineuses des malades ont été mises au muthanol ou au sulfarsénol intramusculaire. Enfin, il a été souvent employé le traitement mixte, novar et muthanol, en pratiquant à

chaque séance une injection de novar et de bismuth.

Pour les syphilis anciennes ou latentes, et pour l'hérédo-syphilis, à l'occasion d'une grossesse, on entreprend un traitement actif comme celui que nous venons d'indiquer.

C'est le sulfarsénol qui est en général réservé au traitement des nourrissons et des enfants. Ceux-ci reçoivent, dès les premiers jours, une série de 10 injections sous-cutanées, selon le rythme préconisé généralement, soit pour un poids normal de 3.500 gr. de 0,005 à 0,06. Souvent, dès leur naissance, ils sont traités par le mercure, soit sous forme de frictions à l'onguent mercuriel, soit par la solution de lactate d'hydrargyre au 1/1000.

Nous ne parlerons pas du traitement du conjoint, le plus souvent aiguillé vers des centres spéciaux, et relevant des données habituelles.

Pour conclure disons qu'il ne s'est jamais produit d'accident grave. Parfois deux ou trois malades ont accusé de la fièvre à la suite d'une injection de novar, quelques autres ont vomi. En s'entourant de toutes les précautions d'usage, malade venant à jeun et en tâtant la susceptibilité de chaque malade, en leur donnant pour les doses élevées de novar de l'adrénaline avant l'injection, on doit arriver à de parfaits résultats.

Après avoir donné les résultats du fonctionnement de la consultation, nous allons essayer de

montrer l'action favorable du dépistage sur le produit de conception. Comme nous l'avons déjà dit, la consultation fonctionne depuis trop peu de temps pour pouvoir juger pleinement des résultats, et c'est à peine à partir de maintenant que l'influence des traitements anti-syphilitiques se fera sentir sur les grossesses futures. Malgré cela il nous a paru intéressant en comparant les chiffres des divers accidents de grossesse pendant les années antérieures, et depuis que la consultation fonctionne, surtout avec ceux de la dernière année, de voir si déjà on pouvait remarquer un changement sensible, que nous attribuerons au dépistage sérieux de la syphilis qui s'est exercé sur certaines femmes venant accoucher à la maternité de l'Hôtel-Dieu.

Pour cela nous avons relevé le nombre de macérés, de mort-nés, d'avortements et d'accouchements avant terme pendant les trois dernières années. Sur un total de 4.270 accouchements des années 1927, (six derniers mois), 1928, 1929, on trouve :

73 macérés, soit près de 2 %
66 mort-nés, soit 1,7 %
222 avortements, soit 5,2 %
544 nés avant terme, soit 12 %.

Citons les chiffres de l'année 1930, qui se rapprochent évidemment de ceux des années précédentes.

Macérés : 1,7 %
Mort-nés : 2 %
Avortements : 4 %.
Nés avant terme : 11 %.

Voyons maintenant ceux des années 1931 et 1932 (6 derniers mois). Sur 2.400 accouchements on relève les pourcentages suivants :

Macérés : 12 %.
Mort-nés : 1,3 %
Avortements : 4 %
Nés avant terme : 11 %.

La comparaison de ces résultats avec ceux des années antérieures ne montre qu'une diminution en ce qui concerne les macérés et les mort-nés, diminution qui a son importance puisque le nombre des macérés est passé de 73 à 54, pour un nombre d'accouchements sensiblement égal. Là encore, si le premier résultat est apparent surtout pour les macérés, c'est que la syphilis est avant tout en cause. Beaucoup d'autres facteurs, indépendamment de la syphilis, entrent en ligne de compte pour ce qui est des avortements et naissances avant terme, et il est logique que le dépistage de la syphilis seul n'influence que plus lentement leur fréquence.

Quoi qu'il en soit, ces chiffres ne sont que l'ébauche de résultats plus importants et qui deviendront plus appréciables dans l'avenir. Répétons, pour terminer, que l'on est en droit d'attendre de

bien meilleurs résultats et la même amélioration que celle qui a été notée dans les multiples consultations de dépistage, mais qu'il faut pour cela pouvoir juger avec un recul suffisant que nous n'avons pas encore.

CONCLUSIONS

1. Une consultation de dépistage de la syphilis doit être annexée à chaque maternité, et fonctionner en liaison étroite et directe avec le service.
2. L'accoucheur adressera à l'assistant de la consultation syphiligraphique toute femme ayant présenté un accident de grossesse qui ne peut être imputé à une autre cause.
3. Si l'examen clinique ne révèle aucun signe de syphilis, si les réactions sérologiques sont négatives, le syphiligraphe n'éliminera pas pour cela la syphilis. Il faut tenir compte de la fréquence de l'hérédosyphilis, et il reste à faire une enquête familiale. Malgré l'absence de tout signe de syphilis acquise ou héréditaire, si la femme présente un passé obstétrical chargé, il faut la considérer syphilitique et la traiter comme telle. Le diagnostic de syphilis ne doit pas résulter d'un ou de quelques signes de probabilité, mais d'un ensemble de signes le plus grand possible.
4. A la maternité de l'Hôtel-Dieu, depuis la création de cette consultation, 22 % du nombre total

des accouchées y ont été adressées. Sur ce nombre, 15 % ont présenté une réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang, soit 3 1/2 % du nombre total des accouchées. 250 femmes sont inscrites à la consultation, sur ce nombre la moitié ont été reconnues syphilitiques ou considérées comme telles uniquement par les accidents obstétricaux qu'elles ont présentés.

5. La comparaison du nombre des différents accidents de grossesse pour le même nombre d'accouchements, pendant le même laps de temps, alors que l'on ne dépistait ni traitait la syphilis, et depuis la création de la consultation, laisse entrevoir une diminution des macérés et des mort-nés. Mais ce n'est que maintenant, après 3 ans de fonctionnement, que l'on peut compter avoir des résultats appréciables.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu : le Président de la thèse,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Benoist (C.)*. — Une consultation de prophylaxie prénatale. Thèse Paris, 1927.
- Berthier (Paul)*. — Organisation d'une consultation et d'un traitement ambulatoire de la syphilis à la clinique d'accouchement Baudelocque. Thèse Paris, 1920.
- Chesnais (R.)*. — Syphilis des femmes enceintes. Traitement par le novar. Thèse Paris, 1921. §
— Compte rendu de la Conférence de la syphilis héréditaire. Nancy, 1925.
- David (R.)*. — Hérédo-syphilis dans une consultation de nourrissons. Thèse Paris, 1923.
- Gougerot*. — Le traitement de la syphilis en clientèle.
- Jeanselme et Lefèvre*. — Progrès médical, 12 février 1925.
- Le Lorier et Galliot*. — Grossesse et syphilis, considérations sur quelques malades traitées au dispensaire de la maternité de Boucicaut.
- Pinard (M.)*. — Dépistage de la syphilis au début de la gestation.
- Pomerais*. — A propos du dépistage de la syphilis dans une maternité. Thèse Paris, 1928.
- Potelune (P.)*. — Hérédo-syphilis. Influence sur le produit de la gestation. Thèse Paris, 1927.
- Rekis (S.)*. — La valeur de la réaction sérologique au cours de la gestation et de la puerpéralité. Thèse Paris, 1930.

Rudaux et Montlaur. — Dépistage de la syphilis en pratique obstétricale et prophylaxie de la syphilis héréditaire.

Savary. — Dépistage de syphilis et tuberculose à la maternité de Saint-Maurice. Thèse Paris, 1923.

Secret. — Le dépistage dans un service de maternité. Thèse Paris, 1928.

